

## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

### **LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE USARÁ O REVELARÁ INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y LA MANERA DE ACCEDER A ELLA. LEA**

**Fecha de vigencia de la presente notificación: actualizada el 31 de Agosto de 2022**

### **ATENTAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.**

Si tiene alguna duda sobre esta notificación, comuníquese con la Oficina de Privacidad de PPCW al 503-775-4931, extensión 3330. **Puede pedir una copia de esta notificación.**

### **NUESTRO COMPROMISO RESPECTO DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Entendemos que la información de salud sobre usted y la atención de la salud que recibe son personales. Asumimos el compromiso de proteger la información de salud sobre usted. Vamos a crear un registro de la atención y de los servicios que le prestaremos, de modo que podamos brindarle atención de excelencia y cumplir con todas las exigencias legales o reglamentarias.

La presente notificación se aplica a todos los registros que Planned Parenthood Columbia Willamette (PPCW) genere o reciba, tanto si documentamos la información de salud como si la recibimos de otro médico. La presente notificación le indica las maneras en que podemos usar o revelar su información de salud. También describe sus derechos sobre la información de salud que llevamos respecto de su persona y especifica ciertas obligaciones que tenemos en cuanto al uso y a la divulgación de dicha información.

Nuestro compromiso respecto de su información de salud cuenta con el respaldo de las leyes federales. Las disposiciones sobre privacidad y seguridad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) nos exigen lo siguiente:

- asegurar que se mantenga de manera confidencial la información de salud que lo identifica;
- poner a disposición esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de la información de salud sobre usted, y
- respetar los términos de la notificación actualmente vigente.

### **MANERAS EN QUE PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen las distintas maneras en que podemos usar o revelar su información de salud sin su autorización por escrito. Aquí se explica lo que significa cada categoría de uso o de divulgación y se incluyen ejemplos. No se enumeran todos los usos ni divulgaciones de una categoría. Sin embargo, salvo que solicitemos autorización específica, todas las maneras en que podemos usar y revelar información se encuadran en alguna de las siguientes categorías.

**Para recibir un tratamiento:** Podemos usar información de salud sobre usted a fin de brindarle tratamiento y servicios de atención de la salud. Podemos revelar información de salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, voluntarios u otro personal que se ocupe de su atención. Puede ser que trabajen en nuestros consultorios, en el hospital si está internado bajo nuestra supervisión o en el consultorio de otro médico, laboratorio, farmacia u otro prestador de servicios de la salud a quien lo derivemos para hacer consultas, tomar placas de rayos X, realizarse análisis de laboratorio, abastecerse de medicamentos recetados o para otros fines relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, es posible que un médico que lo atiende necesite saber si es diabético porque la diabetes puede lentificar el proceso de curación. Podemos suministrarle esta información a un médico que lo atiende en otra institución.

**Para cuestiones relacionadas con los pagos:** Podemos usar y revelar su información de salud para facturarle y cobrarle a usted, a una compañía de seguros, a una agencia Medicaid del estado o a un tercero, el tratamiento y los servicios prestados. Por ejemplo, es posible que sea necesario brindar información a su plan de seguro de salud sobre las visitas en consultorio, de modo que nos paguen o le reembolsen el importe correspondiente. También es posible que debamos suministrar información de salud sobre usted a la agencia Medicaid del estado, para que nos reembolsen los servicios que le prestamos.

En algunos casos, deberemos notificarle a su plan de salud sobre un tratamiento que está próximo a recibir para solicitar autorización previa o para determinar si el plan cubrirá dicho tratamiento.

**Para cuestiones relacionadas con la atención de la salud:** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted para cuestiones relacionadas con nuestras prácticas de atención de la salud. Estas maneras de uso y divulgación son necesarias para desarrollar nuestras actividades y asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de excelencia. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para analizar nuestros tratamientos y servicios, y evaluar el desempeño de nuestro personal en cuanto a la atención que le brinda. También podemos combinar información de salud sobre muchos pacientes para decidir qué otros servicios deberíamos ofrecer, cuáles son innecesarios, si determinados tratamientos nuevos son eficaces o para comparar nuestro desempeño con el de otros y detectar áreas de mejora. Podemos eliminar los datos que permiten identificarlo, de modo que personas ajenas puedan usar la información de salud sobre usted para analizar las prestaciones de la salud sin saber específicamente quiénes son nuestros pacientes.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted para contactarlo a fin de recordarle que tiene una cita. Comuníquenos si no desea que lo contactemos para recordarle las citas o si prefiere que usemos otro número de teléfono o dirección para contactarlo con este fin.

**Investigaciones:** Existen situaciones en las que deseamos usar y revelar información de salud sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación entre dos medicamentos. Para cualquier proyecto de investigación en el que se use su información de salud, le pediremos autorización, o solicitaremos que una junta de revisión institucional o privada nos exima del requisito de solicitar autorización. La exención de autorización se fundamentará en las garantías que brinde la junta de revisión en cuanto a que los investigadores protegerán adecuadamente su información de salud.

**A otras personas involucradas en su atención:** Podemos revelar información de salud sobre usted a sus familiares y amigos si obtenemos un acuerdo verbal para hacerlo y, si le brindamos la posibilidad de oponerse a dicha divulgación y no se opone, o si podemos inferir a partir de las circunstancias, de acuerdo con nuestro juicio profesional, que no se opondría. Por ejemplo, podemos asumir que está de acuerdo con revelar su información de salud personal con su cónyuge o padres si esas personas lo acompañan a la sala de examen durante el tratamiento o mientras se habla sobre el tratamiento. En caso de una emergencia o si no puede brindar consentimiento, podemos determinar con nuestro juicio profesional que una divulgación a su familiar o amigo es para su bien y revelaremos solo la información que es relevante para la participación de la persona en su atención.

**Para cumplir con exigencias legales:** Revelaremos información de salud sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Esto incluye las divulgaciones que se deben realizar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) por parte de PPCW.

**Para evitar un riesgo grave de salud o de seguridad:** Podemos usar y revelar información de salud sobre usted cuando sea necesario para evitar un riesgo grave para su salud y seguridad o para la salud y

seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, solamente se harán divulgaciones a quienes puedan ayudar a prevenir el riesgo.

**Militares y veteranos:** Si es miembro de las fuerzas armadas, o ha sido desvinculado o dado de baja de los servicios militares, podemos revelar información de salud sobre usted tal como lo requieran las autoridades militares o el Departamento de Asuntos de los Veteranos, según corresponda. También podemos revelar información sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

**Accidentes de trabajo:** Podemos revelar información de salud sobre usted a los programas de accidentes de trabajo o similares. Estos programas prevén prestaciones en caso de accidentes o enfermedades laborales.

**Riesgos para la salud pública:** Podemos revelar información de salud sobre usted a los fines de actividades relacionadas con la salud pública. En términos generales, estas actividades incluyen lo siguiente:

- evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informar nacimientos y fallecimientos;
- denunciar el abuso de niños o la negligencia;
- denunciar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar al público sobre el retiro de productos que estén en uso;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección, y
- notificar al gobierno pertinente si consideramos que un paciente fue víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o si la ley lo autoriza.

**Actividades de supervisión de la salud:** Podemos revelar información de salud a una entidad responsable de supervisión de la salud a fin de que se realicen actividades autorizadas por la ley. Entre dichas actividades se incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y obtención de licencias. Son actividades necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con ciertas leyes y normas de derechos de salud.

**Acciones legales y controversias:** Si es parte de una acción legal o controversia, podemos revelar información de salud sobre usted en respuesta a una orden emitida por un tribunal judicial o administrativo. También podemos revelar información de salud sobre usted en respuesta a una citación judicial, petición para divulgar pruebas u otro procedimiento lícito proveniente de otra persona involucrada en la controversia, pero solo después de haber hecho todo lo posible por notificarle la existencia de dicha solicitud y de que haya tenido tiempo suficiente de gestionar una orden para proteger la información solicitada.

**Para donación de órganos, córneas o tejidos:** Si es donante de órganos, podemos revelar información de salud sobre usted a organizaciones que manejan la provisión de órganos, o el trasplante de órganos, córneas o tejido, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

**Cumplimiento de la ley:** Podemos revelar información de salud si un agente del orden público nos lo solicita:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención, emplazamiento o procedimiento similar;
- para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- si usted es víctima de un delito y no podemos obtener su consentimiento;
- sobre una muerte que, a nuestro criterio, es producto de un hecho delictivo;

- en una instancia de conducta delictiva en nuestro centro, y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; el lugar o las víctimas del delito; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Dicha información será revelada solamente después de haber hecho todo lo posible por notificarle la existencia de la solicitud y de que haya tenido tiempo suficiente para gestionar una orden para proteger la información solicitada.

**Forenses, médicos examinadores y directores de funerarias:** Podemos revelar información de salud a un forense o un médico examinador. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podemos revelar información de salud sobre pacientes a directores de funerarias, según sea necesario para cumplir con sus obligaciones.

**Reclusos:** Si está recluso en una institución correccional o bajo la custodia de un agente del orden público, podemos revelar información de salud sobre usted a la institución correccional o al agente del orden público. Esta divulgación podría ser necesaria: (1) para que la institución le preste atención de la salud; para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros; o (3) por cuestiones sanitarias o de seguridad de la institución correccional.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

No usaremos ni revelaremos información de salud con ningún fin que no sean aquellos identificados en la sección anterior sin su autorización específica por escrito. A continuación, se presentan ejemplos de divulgaciones que requieren su autorización.

**Comercialización:** No usaremos ni revelaremos información de salud con fines de comercialización de un producto o servicio sin antes obtener su autorización por escrito. Esto no incluye, sin embargo, comunicaciones en persona con usted acerca de productos o servicios que puedan ser de su beneficio o acerca de recetas que ya ha recibido.

**Venta de información de salud:** No usaremos ni revelaremos su información de salud, ni venderemos su información de salud con fines de salud pública o investigación, a menos que primero obtengamos su autorización por escrito.

**Notas de psicoterapia:** No revelaremos ninguna información de salud que se considere que son notas de psicoterapia sin antes obtener su autorización por escrito.

Si nos autoriza a usar o revelar información de salud sobre usted, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, no seguiremos usando ni revelando la información sobre usted por motivos cubiertos por su autorización por escrito, pero no podemos retirar los usos ni divulgaciones ya realizados con su permiso.

### **SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Tiene los siguientes derechos relacionados con su información de salud.

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Tiene ciertos derechos de inspeccionar y copiar información de salud que se utilice para tomar decisiones sobre su atención. Normalmente, esto incluye registros de salud y de facturación. No incluye notas de psicoterapia. También puede indicarnos que enviemos una copia de su información de salud y registros de facturación a un tercero.

Para inspeccionar y copiar información de salud que se utilice para tomar decisiones sobre su persona, debe presentar un pedido por escrito en un formulario que le suministraremos a: "The Privacy Official at Planned Parenthood Columbia Willamette" (el oficial a cargo de los asuntos de privacidad en Planned Parenthood Columbia Willamette). Si solicita una copia de su información de salud, podemos aplicar un

cargo para cubrir los costos de ubicación, copiado, envío por correo u otros suministros y servicios relacionados con su pedido.

Podemos rechazar su pedido de inspección y copiado en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información de salud, en determinados casos puede solicitar que se revea el rechazo. Otro profesional de la atención de la salud autorizado y designado por nuestra clínica revisará su pedido y el rechazo. La persona a cargo de la revisión no será la misma que rechazó inicialmente su pedido. Daremos cumplimiento a lo dispuesto por la revisión.

De acuerdo con la ley *21<sup>st</sup> Century CURES Act*, usted puede solicitar acceso a, uso o intercambio de información médica electrónica.

**Derecho a hacer modificaciones:** Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación durante todo el tiempo en que tengamos la información en nuestro poder. Debe solicitar la modificación por escrito en un formulario que le suministraremos y enviarlo a: "The Privacy Official at Planned Parenthood Columbia Willamette" (el oficial a cargo de los asuntos de privacidad en Planned Parenthood Columbia Willamette).

Podemos rechazar su pedido de modificación si no lo presenta en el formulario que suministramos y si no incluye un motivo que lo fundamente. Además, podemos rechazar su pedido si nos solicita que modifiquemos información que:

- no fue generada por nosotros, salvo que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la modificación;
- no forma parte de la información de salud que conserva nuestro centro ni que se conserva a los fines de nuestras actividades;
- no es parte de la información que usted tiene permitido inspeccionar y copiar, o
- es correcta y completa.

Toda modificación que hagamos a su información de salud se comunicará a quienes revelemos información, según lo especificado previamente.

**Derecho a recibir un resumen de la información revelada:** Tiene derecho a solicitar una lista (resumen) de las instancias en que revelamos información de salud sobre usted, a menos que se trate de uso y divulgación a los fines de realizar tratamientos, pagos y actividades relacionadas con la atención de la salud, tal como ya se indicó.

Debe solicitar dicha lista en el formulario que le suministraremos. Su pedido debe consignar un período que no debe exceder los seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003 [la fecha de cumplimiento de las reglamentaciones sobre privacidad]. La primera lista de divulgaciones que solicite dentro de un período de doce meses será gratuita. Si desea obtener más listas, pueden corresponder cargos. Le notificaremos cuál es el cargo, y usted tendrá la opción de cancelar o modificar su pedido en ese momento, antes de que se incurra en costo alguno. Le enviaremos una lista de las instancias de divulgación de información en papel dentro de los treinta días de su pedido o le notificaremos si nos resulta imposible cumplir con ese plazo y la fecha en que lo haremos; pero esta fecha no debe exceder un total de sesenta días desde el momento en que hace el pedido.

**Derecho a solicitar restricciones:** Tiene el derecho a solicitar que se restrinja o limite la información de salud sobre usted que usamos o revelamos para fines de tratamiento, pagos o prestaciones de la salud. También tiene el derecho a solicitar que se limite la información de salud que revelamos sobre usted a una persona que interviene en la atención que recibe o en los pagos relacionados con dicha atención. Por

ejemplo, puede pedir que se niegue el acceso a su información de salud a un miembro determinado de nuestro plantel a quien usted conoce personalmente.

**Si bien trataremos de adecuarnos a sus pedidos de restricciones, no estamos obligados a hacerlo** si no es posible garantizar nuestro cumplimiento con la ley o si consideramos que tendrá un impacto negativo sobre la atención que le prestamos. Si los aceptamos, cumpliremos con lo solicitado salvo que la información sea necesaria a fin de brindarle un tratamiento de emergencia. Todas las restricciones deben solicitarse en el formulario que le suministraremos. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién se deben aplicar las limitaciones. Estamos obligados a aceptar la solicitud de restringir la divulgación de información de salud protegida a las compañías de seguros de salud si usted pagó íntegramente de su bolsillo los servicios de salud relacionados con dicha divulgación.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones de salud de una determinada manera o a un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedir que solamente nos comuniquemos con usted a su trabajo o por correo a una casilla postal. Durante nuestro proceso de admisión, le pediremos que indique la manera en que quiere recibir las comunicaciones relacionadas con las prestaciones de salud u otras instrucciones sobre la forma de hacerle llegar notificaciones sobre su salud. Nos adecuaremos a todos los pedidos razonables.

**Derecho a recibir una copia en papel de esta notificación:** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación en cualquier momento en que la solicite. También puede acceder a una copia de esta notificación en nuestro sitio web: <http://www.plannedparenthood.org/ppcw/>

**Derecho a ser notificado en caso de infracción:** Tenemos la obligación de notificarle si se produce una infracción relacionada con información de salud protegida enviada de manera no segura.

### **MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN**

PPCW se reserva el derecho a modificar la presente notificación. Nos reservamos el derecho a poner en vigencia la notificación revisada o modificada para su información de salud con la que ya contamos, como así también para la que recibamos en el futuro. Colocaremos visiblemente una copia de la notificación vigente en nuestro centro y la subiremos a nuestro sitio web. La notificación contiene la fecha de entrada en vigencia en la primera página.

### **QUEJAS**

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede hacernos llegar su queja o presentarla ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacernos llegar su queja, comuníquese con "PPCW's Privacy Official" (el oficial a cargo de los asuntos de privacidad de PPCW) llamando al (503) 775-4931, extensión 3330. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No se le aplicará ninguna sanción por presentar una queja.** También puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles (OCR) para hacer una denuncia o presentar una queja. La información de contacto de la OCR puede encontrarse en <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.